

NE PAS ÉCRIRE DANS LES ZONES GRISÉES DE CETTE DEMANDE

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------|--|---------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------|---|--|-------------------------------|--|----------------|----------|------|------------------------------|
| CENTER/ OFFICE | APPLICATION DATE | UNIT ID | WORKER ID | CASE TYPE | SERV. IND | CASE NUMBER | REGISTRY NUMBER | VERS | DISTRICT | SUFFIX | SNAP SUFFIX | CATEGORY | LANG | NUMBER REUSE INDICATOR |
| CASE NAME | | | | | | EFFECTIVE DATE | DISPOSITION <input type="checkbox"/> DENIAL <input type="checkbox"/> REASON CODE <input type="checkbox"/> WITHDRAWAL | | | SERVICES TRANSACTION TYPE <input type="checkbox"/> NEW OPENING <input type="checkbox"/> REOPEN <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION | | | | |
| ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER): | | DATE | ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR): | | DATE | FORM _____ OF _____ | | SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION | | | DATE | | | |
| DATE RECEIVED BY AGENCY | | EMPLOYED BY: <input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT <input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: | | | | | | | | | | | | |
| PA AUTHORIZATION PERIOD | | | MA AUTHORIZATION PERIOD | | | SNAP AUTHORIZATION PERIOD | | | SERVICES AUTHORIZATION PERIOD | | | | | |
| FROM | | TO | FROM | | TO | FROM | | TO | FROM | | TO | | | |

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CERTAINES PRESTATIONS ET DE CERTAINS SERVICES SOCIAUX À L'ÉTAT DE NEW YORK

Si vous êtes aveugle ou souffrez d'une déficience visuelle grave et avez besoin de ce formulaire de demande dans un autre format, veuillez vous adresser à votre district de services sociaux. Pour en savoir plus sur les types de formats disponibles et comment obtenir un formulaire dans un autre format, reportez-vous au manuel d'utilisation (PUB-1301 Statewide), disponible sur le site suivant : www.otda.ny.gov ou <https://www.health.ny.gov/>.

Souhaitez-vous recevoir les avis écrits dans un autre format si vous êtes aveugle ou souffrez d'une déficience visuelle grave ?

Oui Non

Si oui, veuillez cocher le type de format de votre choix :

- Police de grande taille CD de données
 Audio CD Braille, si vous estimez qu'aucun des autres formats alternatifs ne vous convient.

Si vous avez besoin d'autres adaptations, veuillez contacter votre district de services sociaux.

Nous nous engageons à vous aider et à vous soutenir de manière professionnelle et respectueuse. Pour devenir autonome, vous devez participer à des activités, y compris des activités de travail pour l'assistance publique et le Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program), s'il y a lieu. Chaque fois que vous voyez « Aide sociale » ou « PA » sur la demande, cela signifie « Assistance familiale » et/ou « Assistance Filet de sécurité ». Les deux programmes sont appelés « Aide sociale ». Ces programmes d'AP sont destinés à vous aider uniquement jusqu'à ce que vous puissiez subvenir entièrement à vos besoins et à ceux de votre famille. **Veillez vous reporter au manuel d'utilisation (PUB-1301 Statewide) et aux volumes 1, 2 et 3 du livre « Ce que vous devez savoir » (LDSS-4148A, LDSS-4148B et LDSS-4148C) lorsque vous remplissez ce formulaire de demande. Veillez aussi contacter votre district de services sociaux pour toute question.**

Dans le formulaire, « MA » renvoie à « Medicaid ». Vous pouvez solliciter une assistance de MA en remplissant ce formulaire, à condition de solliciter en même temps l'AP ou l'assistance du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire. Si vous souhaitez demander uniquement une assistance de MA, vous pouvez vous reporter au site internet <https://nystateofhealth.ny.gov/> et/ou appeler le 1-855-355-5777 pour en savoir plus ou pour soumettre une demande. Vous pouvez aussi utiliser un formulaire DOH-4220 disponible auprès de votre assistant social ou appeler le service d'assistance de MA au 1-800-541-2831. Si vous souhaitez obtenir uniquement une assistance du Medicare Savings Program (programme d'Épargne Medicare, MSP) vous devez remplir le formulaire DOH-4328 disponible auprès de votre assistant social. Si vous avez un besoin urgent de services de soins personnels, vous devez solliciter une assistance de MA séparément en utilisant le formulaire de demande DOH- 4220 de MA.

| | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|---|--|--|-------------------------|--|----------------|---|--|
| SECTION 1 | | <input type="checkbox"/> Assistance publique (AP) <input type="checkbox"/> Services aux enfants au lieu de l'AP <input type="checkbox"/> Programme d'aide à la nutrition supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) et SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) et AP <input type="checkbox"/> Services (S), y compris le placement en famille d'accueil (FA) <input type="checkbox"/> Services aux enfants (SE) <input type="checkbox"/> Assistance d'urgence uniquement (AAU) | | | | | | | |
| SECTION 2 | | SECTION 5 | | | | | | | |
| COCHEZ CHAQUE PROGRAMME POUR LEQUEL VOUS OU TOUT MEMBRE DE VOTRE FOYER EFFECTUEZ UNE DEMANDE | | QUELLE EST VOTRE LANGUE PRINCIPALE ? <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/> ESPAGNOL <input type="checkbox"/> AUTRES (précisez) _____ | | | | VOULEZ-VOUS RECEVOIR LES AVIS EN : <input type="checkbox"/> ANGLAIS UNIQUEMENT <input type="checkbox"/> EN ANGLAIS ET EN ESPAGNOL | | QUELLE OPTION DÉCRIT VOTRE SITUATION ? | |
| SECTION 3 | | INFORMATION DU DEMANDEUR | | | | VEUILLEZ ÉCRIRE CLAIEMENT, EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE. | | <input type="checkbox"/> Enceinte 1 <input type="checkbox"/> Victime de violence dans la famille 2 <input type="checkbox"/> Besoin d'établir une filiation 3 <input type="checkbox"/> Besoin d'une pension alimentaire 4 <input type="checkbox"/> Problèmes liés à la drogue ou à l'alcool 5 <input type="checkbox"/> Carburant et autres services public coupés 6 <input type="checkbox"/> Pas de domicile/sans abri 7 <input type="checkbox"/> Incendie ou autre sinistre 8 <input type="checkbox"/> Aucun revenu 9 <input type="checkbox"/> Problème de santé grave 10 <input type="checkbox"/> En attente d'expulsion 11 <input type="checkbox"/> Rien à manger 12 <input type="checkbox"/> Besoin d'une famille d'accueil 13 <input type="checkbox"/> Besoin de services aux enfants 14 <input type="checkbox"/> Difficultés à comprendre l'anglais 15 <input type="checkbox"/> Logements raisonnables 16 <input type="checkbox"/> Autre _____ 17 | |
| PRÉNOM | INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM | NOM | | SITUATION MATRIMONIALE | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () | | CODE DE RÉGION | | |
| ADRESSE DU DOMICILE | | | APT. NO. | VILLE | COMTÉ | ÉTAT | CODE POSTAL | | |
| SOUS COUVERT DE NOM (À REMPLIR SI VOUS RECEVEZ VOTRE COURRIER PAR LA BOÎTE POSTALE D'UNE AUTRE PERSONNE) | | | | | | | | | |
| ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE SUSMENTIONNÉE) | | | APT. NO. | VILLE | COMTÉ | ÉTAT | CODE POSTAL | | |
| DEPUIS COMBIEN DE TEMPS HABITEZ-VOUS À VOTRE ADRESSE ACTUELLE ? | ANNÉES | MOIS | S'AGIT-IL D'UN REFUGE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | UN AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PAR LEQUEL VOUS JOINDRE | NOM | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () | | CODE DE RÉGION | |
| INDICATIONS POUR SE RENDRE À L'ADRESSE ACTUELLE | | | | | | | | | |
| ANCIENNE ADRESSE | | | APT. NO. | VILLE | COMTÉ | ÉTAT | CODE POSTAL | | |
| SI VOUS ÊTES ACTUELLEMENT SANS LOGEMENT, COCHEZ ICI. <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| AGENCE D'AIDE AU DEMANDEUR/PERSONNE À CONTACTER | | | | | | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () | | CODE DE RÉGION | |
| SOUHAITEZ-VOUS QUE LA PARTIE DE LA PRÉSENTE DEMANDE RÉSERVÉE À MEDICAID AINSI QUE L'ACCÈS ÉVENTUEL À L'AIDE DE MEDICAID RESTENT CONFIDENTIELS ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | | | | | | | | |
| SECTION 4 – Si vous faites une demande pour SNAP : Vous pouvez déposer une demande le jour où vous l'obtenez. Pour déposer une demande SNAP, elle doit comporter au minimum votre nom, votre adresse (si vous en avez une) et la signature. Vous devez fournir toutes les informations demandées dans votre dossier de candidature. Remplissez jusqu'à la dernière page où vous devez signer, après quoi vous devez passer un entretien. Si vous êtes admissible, vous recevrez les prestations SNAP calculées à compter de la date à laquelle vous avez déposé la demande. Vous devez être informé de l'acceptation ou du rejet de votre demande sous 30 jours à compter de la date à laquelle vous avez présenté (déposé) votre demande de prestations SNAP. Si votre famille a peu ou pas de revenus ou de ressources liquides, ou si vos dépenses liées au loyer et aux services publics sont supérieures à vos revenus et à vos ressources liquides, vous pouvez avoir droit à des prestations SNAP dans les cinq jours civils suivant la date de votre demande. Si vous êtes résident d'une institution et demandez à la fois le revenu de sécurité supplémentaire (RSS) et les prestations SNAP avant de quitter l'institution, la date de dépôt de la demande est la date à laquelle vous quittez l'institution. | | | | | | | | | |
| SIGNATURE DU DEMANDEUR DES PRESTATIONS SNAP OU DE SON REPRÉSENTANT | | | | | DATE DE SIGNATURE | | | | |
| X | | | | | | | | | |

SECTION 6 – INFORMATIONS SUR LE MÉNAGE – Écrivez le nom de toutes les personnes qui vivent avec vous, même si elles ne déposent pas de demande avec vous.
Écrivez votre nom en premier

Cette personne (y compris les mineurs) achète-t-elle de la nourriture ou prépare-t-elle des repas avec vous ?

Niveau scolaire le plus élevé

Numéro de sécurité sociale des membres du foyer qui font la demande.
(Reportez-vous au manuel d'utilisation, PUB-1301 Statewide, ou adressez-vous à votre district de services sociaux).

OUI NON

| RI | LN | Prénom, initiale du second prénom, nom | Cette personne fait la demande pour : | | | | | | | Date de naissance : (mm/jj/aaaa) | Sexe : (H/F) | Identité de genre (facultatif) : (Homme, femme, non-binaire, X, transgenre, identité différente [veuillez décrire]) | Lien avec vous : | Numéro de sécurité sociale des membres du foyer qui font la demande. (Reportez-vous au manuel d'utilisation, PUB-1301 Statewide, ou adressez-vous à votre district de services sociaux). | | | |
|----|----|--|---------------------------------------|------|----|----|----|---|-----|----------------------------------|--------------|---|------------------|---|--|--|--|
| | | | AP | SNAP | MA | SE | FA | S | AUU | | | | | | | | |
| | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 02 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 05 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 06 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 07 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| VEUILLEZ INDIQUER LES NOMS DE JEUNE FILLE OU AUTRES SOUS LESQUELS VOUS OU UNE PERSONNE DE VOTRE MÉNAGE AVEZ ÉTÉ CONNU | Ligne N° | ONC | PRÉNOM | INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM | NOM |
|---|----------|-----|--------|-----------------------------|-----|
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------|--------|----------|
| IS ANYONE SANCTIONED? | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | IF YES, WHO | REASON | END DATE |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------|--------|----------|

NON-APPLICANT INFORMATION

| LN | FIRST NAME | LAST NAME | LEGALLY RESPONSIBLE | | FOR WHOM? | CONTRIBUTION DEEMED INCOME | CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD |
|----|------------|-----------|---------------------|----|-----------|----------------------------|-----------------------------------|
| | | | YES | NO | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION | | | | | | | | | | | INDIVIDUAL EDUCATION | | | | CONSIDER | |
|--|--------------------|-----------------|----|----------------------|-----|------|-------------------------|----|-----------|----|----------------------|-----------------|----|-----------------|--------------------|--|
| LN | NON-CITIZEN STATUS | STATUS ADJUSTED | | DATE OF ENTRY/STATUS | | | APPLIED FOR CITIZENSHIP | | SPONSORED | | LN | DEGREE RECEIVED | LN | DEGREE RECEIVED | ✓ RCA/RMA REFERRAL | |
| | | YES | NO | MONTH | DAY | YEAR | YES | NO | YES | NO | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 01 | | 05 | | | |
| | | | | | | | | | | | 02 | | 06 | | | |
| | | | | | | | | | | | 03 | | 07 | | | |
| | | | | | | | | | | | 04 | | 08 | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|------------------------------|--|-------------------------|-----|------|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| LN | SECTION 7 – RACE/ETHNICITÉ – Ces informations sont fournies volontairement. Elles sont sans incidence sur l'éligibilité des demandeurs ou sur le niveau des prestations reçues. Nous demandons ces informations en vue de garantir que les prestations du programme sont distribuées sans tenir compte de la race, de la couleur ou de l'origine nationale. | | | | | | | CLIENT IDENTIFICATION NUMBER | | ENTER APPROPRIATE CODES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | H HISPANIQUE OU LATINO I AMÉRINDIEN OU AUTOCHTONE D'ALASKA A ASIATIQUE B NOIR OU AFRO-AMÉRICAIN P AUTOCHTONE D'HAWAÏ OU DES ÎLES DU PACIFIQUE W BLANC U INCONNUE (MA UNIQUEMENT) | | | | | | | | | REL | SSN | SFUI | MS | SI | LA | EM | CI | EL | | | | | | | | | |
| | ↓ MARQUEZ O (OUI) OU N (NON) POUR HISPANIQUE OU LATINO. MARQUEZ O (OUI) OU N (NON) POUR CHAQUE RACE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | H | I | A | B | P | W | U | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ANTICIPATED FUTURE ACTION | | | | | CASE TYPE | RELATED CASE NUMBERS | CONSIDER | DEMANDÉ | DOCUMENTATION | DANS LA FICHE | |
|---|------|--------------------------|------|--|------------------|----------------------|---|---------|------------------------------|--|--|
| LINE NO. | CODE | DATE | | | | | | | | | |
| | | | | | | | ✓ Relationship ✓ Filing Unit ✓ Legally Responsible Relative ✓ Single Economic Unit ✓ SNAP Household Composition ✓ SNAP Aged/Disabled Individual ✓ Photo ID ✓ AFIS (PA Only) ✓ CBIC/PIN ✓ RFI/OCA ✓ Health Insurance | | Carte d'identité avec photo | | |
| | | | | | | | | | Vérification de la naissance | | |
| | | | | | | | | | Acte de mariage | | |
| SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE | | | | | | | | | Carte de sécurité sociale | | |
| SFUI | CODE | SFUI | CODE | | | | | | Résolution du code 9 | | |
| SFUI | CODE | SFUI | CODE | | | | | | Statut d'immigration | | |
| NEEDED | | REFERRALS | | | COMPLETED | | | | | Avis de cas multi-suffixes/coop (Questionnaire sur l'unité économique unique) | |
| | | Legal | | | | | | | | | |
| | | Services | | | | | | | | | |
| | | SSA | | | | | | | | | |
| | | NYSoH | | | | | | | | | |
| | | Chronic Care/SSI-Related | | | | | | | | | |
| | | MA-Only | | | | | | | | | |
| | | Medicare Savings Program | | | | | | | | | |

SECTION 10 – INFORMATION SUR L'ORIENTATION VERS L'UNITÉ D'EXÉCUTION DES PENSIONS ALIMENTAIRES POUR ENFANT

Si vous demandez uniquement des services aux enfants, vous n'êtes pas tenu de demander une pension alimentaire et vous n'avez pas à remplir cette section. Si vous demandez Medicaid en plus de l'assistance publique ou du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire, vous devrez peut-être nous aider à obtenir une aide médicale pour vous et vos enfants demandeurs. Répondez aux questions suivantes pour déterminer si vous devez remplir cette section. Ajoutez votre propre nom, le cas échéant :

1. Votre demande concerne-t-elle une personne de moins de 21 ans qui est née hors mariage et pour laquelle la filiation légale n'a pas été établie ? Oui Non
2. Votre demande concerne-t-elle une personne de moins de 21 ans dont le parent est absent (parent n'ayant pas la garde) ? Oui Non

Vous n'avez pas besoin de remplir cette section si vous avez répondu « non » à ces deux questions. Allez à la section 11.

Vous devez remplir cette section si vous avez répondu « Oui » à au moins l'une de ces deux questions. Indiquez les noms de tous les individus âgés de moins de 21 ans pour lesquels vous faites une demande et toute donnez toutes les informations dont vous disposez actuellement sur les parents n'ayant pas la garde ou les parents présumés de ces individus.

3. Avez-vous moins de 21 ans ? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » à cette question, fournissez les informations concernant le(s) parent(s) n'ayant pas la garde ou le(s) parent(s) présumé(s).

Pour obtenir une aide, vous devez céder certains droits liés à l'aide, comme décrit dans les sections Avis, Cessions, Autorisations et Consentements à la fin de cette demande. Vous recevrez le formulaire LDSS-5145, « Renvoi aux Services de la pension alimentaire », à remplir et à renvoyer à l'Unité d'exécution des pensions alimentaires pour enfants. Sauf dans les cas de violence dans la famille ou pour d'autres raisons valables, vous êtes tenu(e), pour obtenir une aide, de coopérer avec l'Unité d'exécution des pensions alimentaires pour enfants afin de localiser tout parent n'ayant pas la garde ou parent présumé, d'établir la filiation légale pour chaque personne de moins de 21 ans née hors mariage, et d'établir, de modifier et/ou d'exécuter les ordonnances de versement d'une pension alimentaire. Vous recevrez également le formulaire LDSS-4279, « Avis des responsabilités et des droits en matière de pension alimentaire », qui explique vos responsabilités et vos droits si vous ne coopérez pas avec l'Unité d'exécution des pensions alimentaires pour enfants.

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|-------------------------------------|--|---|
| | Acknowledgment of Parentage or Paternity | |
| | Child Support Order | |
| | Good Cause Form (LDSS-4279) | |
| | IV-D Attestation (LDSS-4281) | |
| | Death Certificate | |
| | Divorce Decree | |
| | VA Benefits | |
| | Order of Filiation/Paternity/Parentage | |
| | Birth Certificate | |
| NEEDED | REFERRALS | COMPLETED |
| | CTHP | |
| | CAP | |
| | Referral for Child Support Services (LDSS-5145) | |
| | Parentage/Paternity | |
| CONSIDER | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse | <input checked="" type="checkbox"/> Child Health Plus |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Petition to Family Court | <input checked="" type="checkbox"/> TASA |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> SSI/SSA |

| NOMS DES PERSONNES DE MOINS DE 21 | NOM ET ADRESSE DU PARENT N'AYANT PAS LA GARDE OU DU PARENT PRÉSUMÉ | DATE DE NAISSANCE DU PARENT N'AYANT PAS LA GARDE OU DU PARENT PRÉSUMÉ | | | NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU PARENT N'AYANT PAS LA GARDE OU DU PARENT PRÉSUMÉ |
|-----------------------------------|--|---|------|-------|--|
| | | MOIS | JOUR | ANNÉE | |
| A. | | | | | |
| B. | | | | | |
| C. | | | | | |
| D. | | | | | |
| E. | | | | | |

| Déductions : Certains types de budgétisation Medicaid permettent aux demandeurs/bénéficiaires de réduire leur revenu comptabilisable grâce aux déductions qu'ils font sur leurs impôts fédéraux. Il s'agit de dépenses spécifiques que l'Administration fiscale américaine (IRS) autorise les personnes à déduire pour réduire leur revenu imposable. N'inscrivez les déductions ici que si vous les demandez dans la déclaration d'impôt de l'année en cours. | OUI | NON | QUI | MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE | QUI | MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE |
|--|-----|-----|-----|-----------------------------|-----|-----------------------------|
| Dépenses des éducateurs | 1 | | | | | |
| Déduction pour compte de retraite individuel (Individual Retirement Account, IRA) | 2 | | | | | |
| Déduction des intérêts des prêts étudiants | 3 | | | | | |
| Droits et frais de scolarité | 4 | | | | | |
| Certains frais professionnels (réservistes, artistes, fonctionnaires payants) | 5 | | | | | |
| Déduction pour compte d'épargne santé | 6 | | | | | |
| Frais de déménagement liés à l'emploi | 7 | | | | | |
| Partie déductible de l'activité indépendante (S/E) | 8 | | | | | |
| Plans S/E, SIMPLES et qualifiés | 9 | | | | | |
| Déduction pour l'assurance maladie S/E | 10 | | | | | |
| Pénalité en cas de retrait anticipé de l'épargne | 11 | | | | | |
| Pension alimentaire versée | 12 | | | | | |
| Déduction pour activités de production nationale | 13 | | | | | |
| Ajustements supplémentaires ajoutés à la ligne 36 (formulaire IRS 1040 uniquement) | 14 | | | | | |
| Déduction MSA d'Archer | 15 | | | | | |
| Autre ajustement (veuillez préciser) | | | | | | |
| | | | | | | |

SECTION 16 – BEAU-PARENT/NON-CITOYEN AVEC UN STATUT D'IMMIGRATION SATISFAISANT – INFORMATION SUR LE SPONSOR

Répondez à toutes les questions ci-dessous.

| | OUI | NON | QUI ? |
|---|-----|-----|-------|
| Le beau-parent des enfants qui vivent avec vous a-t-il des ressources ou perçoit-il des revenus de quelque nature que ce soit ? | | | |
| Un membre de votre ménage est-il un non-citoyen dont le statut d'immigration est satisfaisant et dont le séjour aux États-Unis est sponsorisé ? | | | |

NOM DU PARRAIN : _____ NO. DE TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE : _____

| NEEDED | REFERRAL | COMPLETED |
|--------|----------|-----------|
| | UIB | |
| | | |

SECTION 17 – RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Je suis actuellement : employé indépendant sans emploi

Revenu brut en USD _____ Nombre d'heures de travail par mois _____

(Inclure les salaires, le traitement, la rémunération des heures supplémentaires, les commissions et les pourboires)

Rémunération : Hebdomadaire Bihebdomadaire Mensuel Jour de paye : _____

Nom et adresse de l'employeur _____ **1**

_____ No. de téléphone : _____

Vivez-vous avec quelqu'un d'autre actuellement ? employé indépendant

Qui : _____

Revenu brut en USD _____ Nombre d'heures de travail par mois _____

Rémunération : Hebdomadaire Bihebdomadaire Mensuel Jour de paye : _____ **2**

Nom et adresse de l'employeur _____

_____ No. de téléphone : _____

Votre employeur vous offre-t-il une assurance maladie ? Oui Non

Une personne qui vit avec vous a-t-elle une assurance maladie auprès d'un employeur ? Oui Non

Qui : _____ **3**

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Est-ce que vous (ou une personne qui vit avec vous) avez un enfant ou des frais de garde Oui Non de personnes à charge en raison de votre emploi ?

Qui : _____ **4**

Vous ou toute personne vivant avec vous assumez-vous d'autres dépenses liées à votre emploi ? Oui Non

Qui : _____ **5**

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|-----------|--|---------|
| | CINTRAK/RFI/IRCS | |
| | 1099 | |
| | Employment Verification | |
| | Income Tax Return | |
| | Self-Employment Worksheet | |
| | Wage Stubs | |
| | Work Registration Form | |
| | Dependent/Child Care Form/Statement | |
| | Approval of Informal Child Care Provider | |

| NEEDED | REFERRALS | COMPLETED |
|--------|-------------------------|-----------|
| | CAP | |
| | Disability | |
| | Employment | |
| | TPHI/COBRA | |
| | UIB | |
| | Workers' Compensation | |
| | Drug/Alcohol | |
| | Domestic Violence | |
| | Refugee Cash Assistance | |

| CONSIDER |
|--|
| ✓ Limited English Proficiency |
| ✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786) |
| ✓ Explaining Periodic Reporting Requirements |
| ✓ Net Loss of Cash Income |
| ✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources |
| ✓ Employment Sanctions |
| ✓ Temporary Employment |
| ✓ Disability Review |
| ✓ Individual Development Account (IDA) |
| ✓ Voluntary Quit |

SECTION 18 – ÉDUCATION/FORMATION

Quel est votre niveau d'éducation le plus élevé ?

- Niveau inférieur au diplôme de lycée
- Si oui, quelle est la dernière classe que vous avez achevée ? _____
- Finalisation d'un plan d'enseignement individualisé (PEI).
- Diplôme de lycée ou diplôme d'équivalence générale (General Equivalency Diploma, GED) ou Test d'évaluation de l'achèvement des études secondaires (Test Assessing Secondary Completion, TASC™) 1
- Diplôme d'associé (diplôme universitaire de 2 ans)
- Diplôme de licence (diplôme universitaire de 4 ans)

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|-----------|--|---------|
| | School Attendance Verification (LDSS-3708) | |
| | Educational Grant Worksheet | |
| | Child Care Statement | |

| NEEDED | REFERRALS | COMPLETED |
|--------|---------------------|-----------|
| | Supportive Services | |

Quelqu'un d'autre dans le ménage a-t-il un diplôme de lycée, un Oui Non
diplôme d'équivalence générale (GED) ou un Test d'évaluation de l'achèvement des études secondaires (TASC™), ou un niveau d'éducation supérieur ?

Si oui, qui : _____ 2
Diplôme obtenu : _____
Date d'obtention : _____

Indiquez si vous ou toute personne vivant avec vous qui fait une demande d'aide ou en bénéficie :

Participe ou a participé à un programme de formation ? Oui Non

Qui _____

Où _____ 3

Programme _____

Dates de début de formation _____

Dates de fin de formation _____

Est âgé de 16 ans ou plus et fréquente une école ou un collège ? Oui Non

Qui _____ 4

Où _____

Est âgé de moins de 16 ans et est scolarisé ? Oui Non

Qui _____

École _____

Qui _____

École _____

Qui _____

École _____ 5

Qui _____

École _____

| CONSIDER | YES | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Is anyone in training? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Are any other supportive services appropriate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Are there any training related expenses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| SECTION 19 – INFORMATIONS SUR LES RESSOURCES | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|----------------|-----|----------------|
| Indiquez si vous ou une personne vivant avec vous ayant fait une demande : | OUI | NON | QUI | MONTANT/VALEUR | QUI | MONTANT/VALEUR |
| A de l'argent liquide disponible | 1 | | | | | |
| A un (des) compte(s) chèque(s) | 2 | | | | | |
| A un (des) compte(s) d'épargne ou un (des) certificat(s) de dépôt | 3 | | | | | |
| A un (des) compte(s) dans une coopérative de crédit | 4 | | | | | |
| A souscrit une assurance-vie | 5 | | | | | |
| A un titre ou une immatriculation de véhicule(s) automobile(s) ou autre(s) véhicule(s) : Année _____ Marque/Modèle _____ Année _____ Marque/Modèle _____ Autre _____ | 6 | | | | | |
| Possède des actions, obligations, certificats ou fonds communs de placement | 7 | | | | | |
| A des bons de caisse | 8 | | | | | |
| A un IRA, Keogh, 401(k) ou un ou plusieurs comptes de compensation différée | 9 | | | | | |
| A une fiducie funéraire irrévocable | 10 | | | | | |
| A un fonds pour les obsèques | 11 | | | | | |
| A un lieu d'inhumation | 12 | | | | | |
| A sa propre maison | 13 | | | | | |
| A des biens immobiliers, y compris des biens à revenus et biens non générateurs de revenus | 14 | | | | | |
| Est admissible à un remboursement d'impôt sur le revenu | 15 | | | | | |
| A une rente | 16 | | | | | |
| Est bénéficiaire d'une fiducie | 17 | | | | | |
| Prévoit de recevoir un fonds en fiducie, un règlement de procès, un héritage ou un revenu de toute autre source | 18 | | | | | |
| A un ou plusieurs comptes « en fiducie » | 19 | | | | | |
| A un ou plusieurs coffres-forts | 20 | | | | | |
| A des ressources autres que celles énumérées ci-dessus | 21 | | | | | |
| Quelqu'un (y compris votre conjoint(e), même s'il ne fait pas de demande ou ne vit pas avec vous) a-t-il donné de l'argent liquide ou vendu/transféré des biens immobiliers, des revenus ou des biens personnels au cours des 36 derniers mois ? | 22 | | | | | |
| Quelqu'un (y compris votre conjoint(e), même s'il ne fait pas de demande ou ne vit pas avec vous) a-t-il déjà créé une fiducie dans le passé ou transféré des actifs à une fiducie au cours des 60 derniers mois ? Si oui, quand ? _____ | 23 | | | | | |

| NEEDED | REFERRAL | COMPLETED |
|--------|----------|-----------|
| | Legal | |
| | Resource | |
| | | |
| | | |

| LIFE INSURANCE | |
|-----------------|------------|
| VALEUR NOMINALE | CASH VALUE |
| | |
| | |
| | |
| | |

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|-----------|---|---------|
| | Resource Checklist | |
| | Market Value | |
| | DMV Clearance | |
| | Bank Statement | |
| | Assignment of Proceeds | |
| | Car/Vehicle Title | |
| | Car/Vehicle Registration (Older Models) | |
| | Bank Clearance | |
| | RFI/OCA | |
| | 1099 | |

- | CONSIDER | |
|----------|--------------------------------------|
| ✓ | Children's Resources |
| ✓ | Lump Sum |
| ✓ | Boats, Campers, Snowmobiles |
| ✓ | Individual Development Account (IDA) |
| ✓ | Exempt Vehicles |

| VEHICLE INFORMATION | | | | | | | | | |
|---------------------|------|-------|--------------|-------------|------------|--------|----|-------------|-------------|
| YR. | MAKE | MODEL | OWNER'S NAME | AMOUNT OWED | NADA VALUE | EXEMPT | | LIEN HOLDER | ACCOUNT NO. |
| | | | | \$ | \$ | YES* | NO | | |
| | | | | \$ | \$ | | | | |

*IF EXEMPT, WHY?

| SECTION 20 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX | | | | REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|--|-----|-----|---------------|--|--|------------------|
| Indiquez si vous ou une personne vivant avec vous ayant fait une demande : | OUI | NON | SI OUI, QUI ? | | Pregnancy Statement | |
| A des factures médicales ou des dépenses liées aux soins médicaux 1 | | | | | Med/Psych Statement | |
| Est couverte par Medicaid avec une réduction des dépenses 2 | | | | | Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571) | |
| Bénéficie d'une assurance maladie ou hospitalisation/accident (y compris l'assurance de l'employeur) 3 | | | | RÈGLEMENT NO : | Drug/Alcohol Statement | |
| Bénéficie d'une assurance maladie auprès d'un employeur 4 | | | | MONTANT : | Paid or Unpaid Medical Bills | |
| Bénéficie de Medicare (carte rouge, blanche et bleue) 5 | | | | FRÉQUENCE DES PAIEMENTS : | SSI Application Verification (PA ONLY) | |
| Bénéficie d'un auxiliaire de santé ou d'une aide sanitaire à domicile 6 | | | | NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE : | CONSIDER | |
| Est aveugle, malade ou handicapé 7 | | | | QUI EST COUVERT : | <input checked="" type="checkbox"/> AD/SSI Related <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Indicator <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Medical Deduction <input checked="" type="checkbox"/> TPHI Reimbursement <input checked="" type="checkbox"/> Buy-In Eligibility <input checked="" type="checkbox"/> Kreiger (LDSS-3664) <input checked="" type="checkbox"/> Domestic Violence <input checked="" type="checkbox"/> SSI Referral <input checked="" type="checkbox"/> Earned Income Credit | |
| Est un enfant souffrant d'une déficience sur le plan du développement 8 | | | | DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : | NEEDED | REFERRALS |
| Se trouve dans un hôpital, une maison de retraite ou un autre établissement médicalisé 9 | | | | Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 17 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform? | | COMPLETED |
| A des factures médicales payées ou impayées dans les 3 mois précédant le mois de cette demande 10 | | | | | SSI (D-CAP) | |
| Est ou était dépendant de la drogue ou de l'alcool 11 | | | | | Disability Interview (LDSS-1151) | |
| A besoin de soins à domicile/de soins personnels 12 | | | | | Medical Report (LDSS-486, 486t) | |
| Bénéficie d'un RSS ou a déjà fait une demande pour RSS 13 | | | | | Disability Report | |
| Est enceinte Si vous êtes enceinte, indiquez la date d'accouchement : _____ 14 Nombre de naissances prévu : _____ | | | | | AD | |
| Reçoit un traitement dans le cadre d'un programme de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme 15 | | | | | TPHI | |
| N'a pas été en mesure de travailler pendant au moins 12 mois en raison d'un handicap ou d'une maladie 16 | | | | | ACCES-VR | |
| A une activité quotidienne limitée en raison d'un handicap ou d'une maladie qui a duré ou durera au moins 12 mois 17 | | | | | CTHP | |
| A été victime d'un accident de voiture ou d'un accident du travail au cours des deux dernières années 18 | | | | | Family Planning | |
| Une agence gouvernementale (programme public) autre que Medicaid ou Medicare a payé une partie de vos factures médicales. Si oui, quelle agence _____ 19 | | | | | SSA (RSDI) | |
| La facturation d'une autre assurance maladie portera-t-elle atteinte à votre santé physique ou émotionnelle ou à votre sécurité, et/ou interférera-t-elle avec le respect de la vie privée et la confidentialité de votre demande ou de votre admission à Medicaid ? 20 | | | | | Veteran's Benefits | |
| | | | | | Veteran's Counseling | |
| | | | | | Child Health Plus | |
| | | | | | COBRA Eligibility | |
| | | | | | Nurse's Aide Service | |
| | | | | | Home Care | |
| | | | | | NYSOH | |
| | | | | | MA-Only (DOH-4220) | |
| | | | | | SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A) | |
| | | | | | LDSS-4526 or local equivalent | |

| RETROACTIVE MEDICAID | WHO | DATE | RECURRING MEDICAL EXPENSES | WHO | AMOUNT \$ | | |
|----------------------|-----|------|----------------------------|-----|-----------|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

MEDICAL BILLS: YES NO **TPHI:** YES NO

CHOIX DU PLAN DE SANTÉ

La plupart des personnes inscrites à Medicaid sont tenues de s'inscrire à un plan de soins de santé géré, sauf si elles font partie d'une catégorie exempte. Utilisez cette section pour choisir un plan de santé. Si vous ne savez pas quels plans de santé sont disponibles, demandez à votre agent ou appelez le 1-800-505-5678.

| Nom du plan auquel vous vous inscrivez | Nom | Prénom | Date de naissance jj/mm/aaaa | Sexe H/F | Numéro d'identification (de la carte Medicaid si vous en avez une) | Numéro de sécurité sociale (facultatif si vous êtes enceinte) | Prestataire de soins primaires (PCP) ou centre de santé (cochez la case si c'est votre prestataire actuel) | Nom et numéro d'identification de l'OB/GYN (cochez la case si c'est votre prestataire actuel) |
|--|-----|--------|---------------------------------|-------------|---|--|--|---|
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SECTION 21 – LOGEMENT

QUEL EST LE NOM DE VOTRE BAILLEUR ?

QUELLE EST L'ADRESSE DE VOTRE BAILLEUR ?

QUEL EST LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE VOTRE BAILLEUR ?
() _____

| | OUI | NON | SI OUI, MONTANT |
|--|-----|-----|-----------------|
| Est-ce que vous ou une personne vivant avec vous devez payer un loyer, une hypothèque ou d'autres frais de logement ? | | | \$ |
| Est-ce que vous ou une personne vivant avec vous devez payer une facture de chauffage distincte de votre loyer ou d'autres frais de logement ? | | | \$ |

| SHELTER COSTS | | MONTHLY ACTUAL COST |
|--------------------------------------|--|---------------------|
| A. Room and Board | | |
| B. Rent | | |
| C. Trailer Lot Rent | | |
| D. Mortgage Payment | | |
| 1. | Principal | |
| 2. | Interest | |
| 3. | Property Tax (including School Tax) | |
| 4. | Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance) | |
| 5. | Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment) | |
| 6. | Assessments (Sewer, etc.) | |
| E. Total Mortgage Payment (Line 1-6) | | |
| TOTAL (Lines A - E) | | |

| REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|---|--|---------|
| | Landlord Statement | |
| | Rent Receipt | |
| | Tenant of Record | |
| | Customer of Record | |
| | Voluntary Restrict | |
| | Mandatory Restrict | |
| | Subsidized Housing | |
| | Mortgage/Title Search | |
| | Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office | |
| | Property Lien | |
| | Shelter/Utility Repayment Agreement | |
| CONSIDER | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utility and/or Fuel Restrict ✓ Utility Guarantee ✓ HEAP ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount ✓ Foster Care-Related Additional Allowances ✓ SNAP Household Composition Rules ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator ✓ Real Property Tax Credit ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance ✓ Property Lien ✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household | | |

| SECTION 21 – LOGEMENT (SUITE) | | | |
|--|-----|-----|-----------------|
| Est-ce que vous ou une personne vivant avec vous avez les dépenses suivantes, distinctes de votre loyer ou d'autres frais de logement ? | OUI | NON | SI OUI, MONTANT |
| Électricité (pour des besoins autres que le chauffage ; exemple : éclairage, cuisine, eau chaude, etc.) | 1 | | \$ |
| Gaz naturel (pour des besoins autres que le chauffage ; exemple : cuisson, eau chaude, etc.) | 2 | | \$ |
| Eau | 3 | | \$ |
| Climatisation | 4 | | \$ |
| Propane (pour des besoins autres que le chauffage) | 5 | | \$ |
| Eaux usées | 6 | | \$ |
| Déchets | 7 | | \$ |
| Autres services publics et dépenses Précisez _____ | 8 | | \$ |
| Habitez-vous un logement social ? | 9 | | |
| Habitez-vous un logement de la section 8, du Département du logement et du développement urbain (HUD), ou un autre logement subventionné ? | 10 | | |
| Habitez-vous dans un établissement de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme ? | 11 | | |

| MONTHLY EXPENSES | MONTHLY ACTUAL COST | NAME OF DEALER | ACCOUNT NUMBER | IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD) | WHO IS THE TENANT OF RECORD? |
|---|---------------------|----------------|----------------|---|------------------------------|
| A. Heat* | | | | | |
| B. Electricity (for cooking, lights, hot water) | | | | | |
| C. Gas (for cooking, hot water) | | | | | |
| D. Liquid Propane Gas | | | | | |
| E. Other Utilities or Expenses | | | | | |
| F. Air Conditioning | | | | | |
| G. Utility Installation Fees | | | | | |
| H. Sewer | | | | | |
| I. Trash | | | | | |
| J. Water | | | | | |

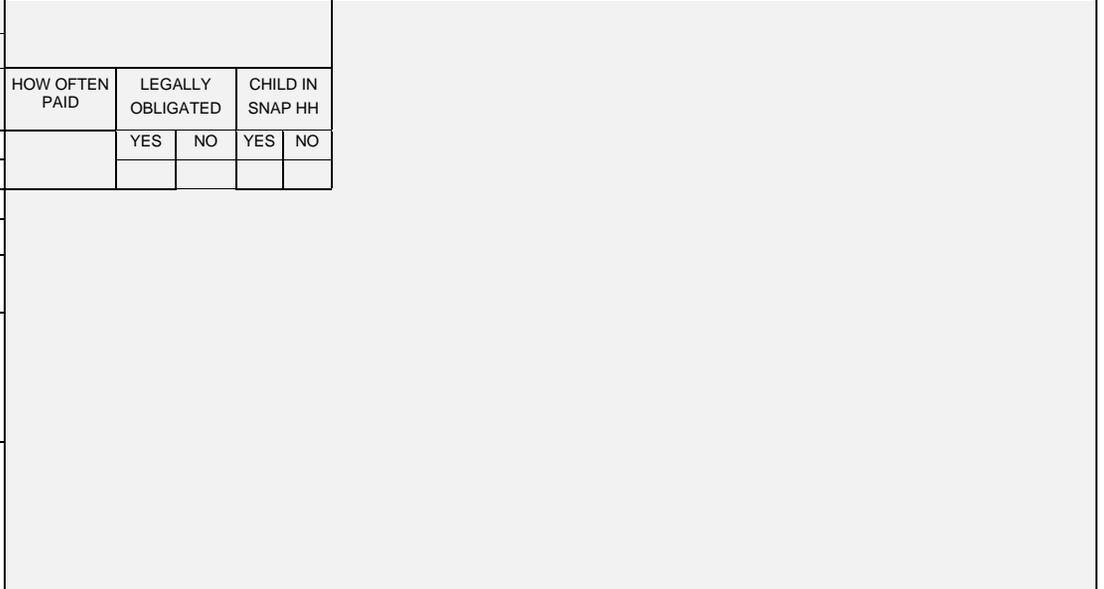
***Check Primary Heat Type:**

- Natural Gas Oil PSC Electric Coal
 Kerosene Propane Municipal Electric Wood Other _____

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

SECTION 22 – AUTRES DÉPENSES

| Indiquez si vous ou une personne vivant avec vous ayant fait une demande : | OUI | NON | SI OUI, MONTANT | HOW OFTEN PAID | LEGALLY OBLIGATED | | CHILD IN SNAP HH | |
|--|-----|---|-----------------|----------------|-------------------|----|------------------|----|
| | | | | | YES | NO | YES | NO |
| Verse une pension alimentaire | 1 | | \$ | | | | | |
| Verse une pension alimentaire pour conjoint | 2 | | \$ | | | | | |
| Paie les frais de services aux enfants | 3 | | \$ | | | | | |
| Paie les frais des personnes à charge | 4 | | \$ | | | | | |
| Paie les droits de scolarité, les frais ou d'autres frais d'études | 5 | | \$ | | | | | |
| A des obligations supplémentaires (exemple : paiement de la voiture, paiement de l'assurance automobile, paiements de cartes de crédit, paiements d'autres prêts, etc.) Précisez : _____ | 6 | | \$ | | | | | |
| Est-ce que vous ou une personne qui vit avec vous et ayant fait une demande devez vous acquitter d'au moins quatre mois de pension alimentaire pour un enfant de moins de 21 ans ? | 7 | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | | | | | |



IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.

| | | |
|---|--|-----------------|
| Actual Expenses | \$ | CONSIDER |
| - Actual Income | \$ | |
| = Difference | \$ | |
| Does Client Receive Contribution Towards Difference | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| If Yes, From Whom? | | |

- Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.
- Actual Shelter
- Actual Fuel/Utility Costs
- Telephone Expenses
- Car Expenses
- Furniture/Appliance Rental
- Cable TV
- Tuition
- Out-of-Pocket Medical Expenses

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need? If not, why not?

NOTES/COMMENTS

AVIS, CESSIONS, AUTORISATIONS et CONSETEMENTS

COLLECTE ET UTILISATION DES NUMÉROS DE SÉCURITÉ SOCIALE – La collecte des numéros de sécurité sociale (Social Security Number, SSN) est autorisée pour chaque membre du ménage dans le cadre du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP), conformément à la loi sur l'alimentation et la nutrition de 2008 (telle que modifiée). Toute personne demandant à bénéficier du SNAP doit fournir un SSN pour pouvoir bénéficier des prestations. Si vous ou la personne qui fait la demande n'avez pas de SSN, cette personne doit en faire la demande auprès de la SSA (visitez le site www.SSA.gov ou appelez le 1-800-772-1213).

En ce qui concerne tous les autres programmes pour lesquels ce formulaire de demande requiert un SSN, la collecte des SSN est également obligatoire et est autorisée par une ou plusieurs des sections suivantes de la loi : Section 205(c) de la loi sur la sécurité sociale (42 U.S. Code 405), Section 1137 de la loi sur la sécurité sociale (42 U.S. Code 1320b-7) et Section 7(a)(2) de la loi sur la confidentialité de 1974. Reportez-vous au manuel d'utilisation (PUB-1301 à l'échelle de l'État) ou adressez-vous à votre district de services sociaux si vous avez des questions.

Les informations que nous recueillons seront utilisées pour déterminer si votre ménage a droit à des prestations ou à une assistance, ou continue d'y avoir droit. Ces informations seront utilisées pour contrôler l'identité, vérifier les revenus gagnés et non gagnés, déterminer si les parents absents peuvent bénéficier d'une couverture d'assurance maladie pour les demandeurs ou les bénéficiaires, déterminer si les demandeurs ou les bénéficiaires peuvent obtenir une pension alimentaire pour les enfants ou le conjoint, et déterminer si les demandeurs ou les bénéficiaires peuvent recevoir de l'argent ou d'autres aides. Nous vérifierons ces informations à l'aide de programmes de rapprochement informatique. Ces informations seront également utilisées pour veiller au respect des règlements du programme et pour la gestion du programme. Outre l'utilisation des informations que vous nous donnez à cette fin, l'État s'en servira pour établir des statistiques sur toutes les personnes bénéficiant du Programme d'aide à l'énergie résidentielle (HEAP) (voir ci-dessous).

Ces informations peuvent être divulguées à d'autres agences de l'État et fédérales à des fins d'examen officiel, ainsi qu'aux forces de l'ordre dans le but d'appréhender des personnes prenant la fuite pour échapper à la loi. Les informations recueillies concernant les demandeurs et les bénéficiaires de l'assistance familiale et de l'assistance filet de sécurité, y compris les numéros de sécurité sociale, peuvent être utilisées pour aider à la constitution de groupes de jurés. Si votre ménage fait l'objet d'une réclamation SNAP, les informations contenues dans cette demande, y compris tous les SSN, peuvent être transmises aux agences fédérales et de l'État, ainsi qu'aux agences privées de recouvrement des créances, pour une action de recouvrement des créances.

Les SSN des membres de votre ménage non admissibles seront également utilisés et divulgués de la manière décrite ci-dessus.

Outre les utilisations suscitées, l'État utilise également ces informations pour préparer des statistiques sur toutes les personnes qui reçoivent des prestations du HEAP. Les informations sont utilisées pour le contrôle de la qualité par l'État, notamment pour s'assurer que les districts de services sociaux travaillent correctement. Elles sont utilisées pour vérifier votre fournisseur d'énergie et pour effectuer certains paiements à ces fournisseurs.

AVIS DE NON-DISCRIMINATION – Cette institution n'est pas autorisée à pratiquer une discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le handicap, l'âge, le sexe, et dans certains cas, la religion ou les convictions politiques.

Le ministère de l'Agriculture des États-Unis (United States Department of Agriculture, USDA) interdit également toute discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, la croyance religieuse, le handicap, l'âge, les convictions politiques ou les représailles pour une activité antérieure relative aux droits civils dans tout programme ou activité mené ou financé par l'USDA.

Les personnes souffrant d'un handicap qui ont besoin de moyens de communication alternatifs pour obtenir des informations sur les programmes (par exemple, en braille, en gros caractères, sur cassette audio, en langue des signes américaine, etc.) doivent contacter l'agence (nationale ou locale) auprès de laquelle elles ont déposé leur demande de prestations. Les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des difficultés d'élocution peuvent contacter l'USDA par le biais du Service fédéral de relais (Federal Relay Service) au (800) 877-8339. En outre, les informations sur les programmes peuvent être disponibles dans des langues autres que l'anglais.

Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP), remplissez le formulaire de plainte pour discrimination dans le cadre du Programme de l'USDA (AD-3027) que vous trouverez en ligne sur www.USDA.Com : http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ainsi que dans tous les bureaux de l'USDA. Vous pouvez aussi écrire à l'USDA en joignant à votre lettre toutes les informations demandées dans le formulaire. Pour demander une copie du formulaire de plainte, appelez le (866) 632-9992. Envoyez votre formulaire ou votre lettre dûment rempli à l'USDA par :

- (1) Courrier : U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Fax : (202) 690-7442, ou
- (3) E-mail : program.intake@usda.gov.

Pour toute autre information concernant le Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP), les personnes doivent contacter le numéro d'assistance téléphonique du SNAP de l'USDA au (800) 221-5689, qui est également disponible en espagnol, ou appeler les numéros d'information/d'assistance téléphonique des États (cliquez sur le lien pour obtenir une liste des numéros d'assistance téléphonique par État), disponibles en ligne à l'adresse suivante : http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Pour déposer une plainte pour discrimination concernant un programme bénéficiant d'une aide financière fédérale par l'intermédiaire du ministère de la Santé et des services sociaux (U.S. Department of Health and Human Services, HHS), écrivez au directeur du HHS, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, ou appelez le (202) 619-0403 (vocal) ou le (800) 537-7697 (TTY).

Cette institution est garante de l'égalité des chances.

L'État de New York interdit en outre toute discrimination fondée sur l'identité de genre, le statut de transsexuel, la dysphorie de genre, l'orientation sexuelle, l'état civil, le statut militaire, le statut de victime de violence dans la famille, les conditions liées à la grossesse, les caractéristiques génétiques prédisposantes, les antécédents d'arrestation ou de condamnation, le statut familial et les représailles pour opposition à des pratiques discriminatoires illégales.

CONSENTEMENT À UNE ENQUÊTE – J'accepte toute enquête visant à vérifier ou à confirmer les informations que j'ai fournies dans le cadre de ma demande d'assistance publique (AP), de Medicaid, de prestations relevant du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP), de prestations relevant du programme d'assistance énergétique domestique, de services ou de services aux enfants. Si des informations supplémentaires sont demandées, je les fournirai. Je coopérerai également pleinement avec le personnel de l'État et le personnel fédéral lors de tout examen de contrôle de la qualité de l'AP et/ou de SNAP.

Si je fais une demande de SNAP, je suis conscient(e) que le district des services sociaux demandera et utilisera les informations disponibles par le biais du système de vérification des revenus et de l'éligibilité pour étudier ma demande, et pourra vérifier ces informations par le biais de contacts collatéraux si des contradictions sont constatées. Je suis également conscient(e) que ces informations peuvent affecter mon éligibilité au SNAP et/ou le niveau des prestations SNAP que je reçois.

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION D'INFORMATIONS CONFIDENTIELLES SUR L'ASSURANCE CHÔMAGE – J'autorise le ministère du Travail de l'État de New York (Department of Labor, DOL) à divulguer toute information confidentielle conservée par le DOL aux fins de la prestation d'assurance-chômage (Unemployment Insurance, UI) au Bureau d'aide temporaire et d'invalidité (OTDA) de l'État de New York. Ces informations comprennent les demandes de prestations versées par l'assurance-chômage et les relevés de solde. Je suis conscient(e) que l'OTDA, ainsi que les employés de l'État et des agences locales travaillant dans les bureaux de district des services sociaux, utiliseront les informations de l'assurance-chômage pour établir ou vérifier l'éligibilité et le montant de l'AP, de Medicaid, des prestations relatives au Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire, des prestations relatives au programme d'aide à l'énergie domestique ou aux Soins des enfants, objet de la présente demande, et pour mener des enquêtes afin de déterminer si j'ai reçu des prestations auxquelles je n'avais pas droit. L'OTDA peut également partager ces informations avec le Bureau des services de l'enfance et de la famille (Office of Children and Family Services, OCFS) de l'État de New York et le Ministère de la santé de l'État (Department of Health, DOH) de New York. L'OCFS utilisera ces informations pour contrôler le programme des services aux enfants.

DIVULGATION D'INFORMATIONS AUX FOURNISSEURS DE SERVICES – J'autorise le district des services sociaux et l'État de New York à partager les informations concernant les prestations relatives aux programmes d'AP ou d'assistance nutritionnelle supplémentaire que j'ai reçues ou que tout membre de mon ménage pour lequel je peux légalement donner une autorisation a reçues, dans le but de vérifier mon éligibilité aux services et aux paiements liés à l'administration des programmes fournis par une entreprise local ou d'État. Ces services peuvent inclure, notamment, des services de placement ou de formation fournis pour m'aider ou aider les membres de mon ménage à obtenir et à conserver un emploi.

SIGNALEMENT DES CHANGEMENTS – Je m'engage à informer **rapidement** l'agence de tout changement d'adresse, de besoins, de revenus et de biens, de mon statut d'adulte valide sans personne à charge (able-bodied adult without dependents, ABAWD), de mon état de grossesse ou de mes conditions de vie, pour autant que je le sache ou que je le croie.

Si je demande une aide pour le services aux enfants, je m'engage à informer **immédiatement** l'agence de tout changement concernant le revenu familial, les personnes qui vivent à mon domicile, l'emploi, les dispositions relatives aux services aux enfants ou tout autre changement susceptible d'affecter le maintien de mon admissibilité ou le montant de la prestation que je reçois.

PÉNALITÉS – Les lois fédérales et d'État prévoient des peines d'amende, d'emprisonnement ou les deux si vous dissimulez la vérité lorsque vous faites une demande d'AP, de Medicaid, de Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire, de services ou de services aux enfants (« assistance, prestations ou services ») ou à chaque fois que vous êtes interrogé sur votre éligibilité, ou si vous incitez quelqu'un d'autre à dissimuler la vérité concernant votre demande ou votre éligibilité continue. Des sanctions s'appliquent également si vous dissimulez ou omettez de divulguer des faits concernant votre éligibilité initiale et actuelle à l'assistance, aux prestations ou aux services, ou si vous dissimulez ou omettez de divulguer des faits qui pourraient affecter le droit d'une personne pour laquelle vous avez fait une demande d'obtenir ou de continuer à recevoir l'assistance, les prestations ou les services. Si vous êtes un représentant autorisé, cette Assistance, ces prestations ou ces services doivent être utilisés pour l'autre personne et non pour vous-même. Les lois fédérales et d'État prévoient que tout transfert d'actifs pour un montant inférieur à la juste valeur marchande effectué par un individu ou son conjoint, dans les 60 mois précédant le premier du mois

au cours duquel l'individu reçoit des services d'un établissement de soins et a soumis une demande de Medicaid, peut invalider l'éligibilité de l'individu aux services d'un établissement de soins ou aux services à domicile et communautaires pour une période donnée. Il est illégal d'obtenir de l'assistance, des prestations ou des services en dissimulant des informations ou en fournissant de fausses informations.

PÉNALITÉS DE DISQUALIFICATION DU PROGRAMME D'ASSISTANCE NUTRITIONNELLE SUPPLÉMENTAIRE – Toute information que vous fournissez dans le cadre de votre demande de participation au Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP) fera l'objet d'une vérification par des fonctionnaires fédéraux, étatiques et locaux. Si une information est incorrecte, les prestations SNAP peuvent vous être refusées. Vous pouvez faire l'objet de poursuites pénales si vous fournissez sciemment des informations incorrectes qui influent sur l'éligibilité aux prestations ou sur le montant de celles-ci. Toute personne reconnue coupable d'un délit pour avoir sciemment utilisé, transféré, acquis, modifié ou possédé des cartes d'autorisation SNAP ou des dispositifs d'accès peut encourir une amende allant jusqu'à 250 000 USD, une peine de prison allant jusqu'à 20 ans ou les deux. L'individu peut également faire l'objet de poursuites en vertu des lois fédérales et étatiques applicables. Toute personne qui viole une condition de probation ou de libération conditionnelle, ou toute personne qui fuit pour échapper aux poursuites, à la détention ou à l'emprisonnement pour un délit et qui est activement poursuivie par les forces de l'ordre, n'a pas le droit de bénéficier du programme SNAP.

Vous pouvez être déclaré inéligible au SNAP ou reconnu coupable d'une violation volontaire du programme (IPV) si vous faites une fausse déclaration ou une déclaration trompeuse, ou si vous déformez, cachez ou dissimulez des faits, afin d'avoir droit à des prestations ou de recevoir davantage de prestations. Il en est de même si vous achetez un produit avec des prestations SNAP dans l'intention d'obtenir de l'argent liquide en jetant intentionnellement le produit et en retournant le conteneur pour le montant de la consigne ou si vous commettez ou tentez de commettre tout acte qui constitue une violation de la loi fédérale ou de l'État dans le but d'utiliser, de présenter, de transférer, d'acquérir, de recevoir, de posséder ou de trafiquer des prestations SNAP, des cartes d'autorisation ou des documents réutilisables utilisés dans le cadre du système EBT (Electronic Benefit Transfer). En outre, les points suivants ne sont pas autorisés et vous risquez de ne pas pouvoir bénéficier des prestations SNAP et/ou de faire l'objet de sanctions pour les actions suivantes :

- Utiliser les prestations SNAP pour acheter des articles non alimentaires, tels que de l'alcool ou des cigarettes ;
- Utiliser les prestations SNAP pour payer des aliments achetés précédemment à crédit ;
- Permettre à quelqu'un d'autre d'utiliser votre carte EBT en échange d'argent liquide, d'armes à feu, de munitions ou d'explosifs, ou de drogues, ou encore pour acheter de la nourriture pour des personnes qui ne sont pas membres de votre famille SNAP ; ou
- Utiliser ou avoir en votre possession des cartes EBT qui ne vous appartiennent pas, sans le consentement du propriétaire de la carte.

Les personnes reconnues coupables d'avoir commis une IPV à l'issue d'une audience administrative de disqualification ou par un tribunal fédéral, d'État ou local, ou ayant signé une renonciation à une audience administrative de disqualification ou un accord de consentement à la disqualification dans les cas faisant l'objet de poursuites judiciaires, ne pourront pas participer au programme SNAP pendant une période de :

- 12 mois pour la première IPV SNAP ;
- 24 mois pour la deuxième IPV SNAP ;
- 24 mois pour la première IPV SNAP fondé sur une décision de justice selon laquelle la personne a utilisé ou reçu des prestations SNAP dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'une substance contrôlée (drogues illégales ou certaines drogues pour lesquelles une ordonnance médicale est requise) ; ou
- 120 mois s'il est établi que la personne a fait une déclaration frauduleuse sur son identité ou son lieu de résidence afin d'obtenir plusieurs prestations SNAP simultanément, à moins qu'elle ne soit définitivement exclue pour une troisième IPV SNAP.

En outre, un tribunal peut interdire à une personne de participer au programme SNAP pendant 18 mois supplémentaires.

Une personne peut être exclue de façon permanente du programme SNAP pour les raisons suivantes :

- La première IPV SNAP basée sur une conclusion du tribunal selon laquelle la personne a utilisé ou reçu des prestations SNAP dans une transaction impliquant la vente d'armes à feu, de munitions ou d'explosifs ;
- La première IPV SNAP basée sur une condamnation du tribunal pour trafic des prestations SNAP pour un montant combiné de 500 USD ou plus (le trafic comprend l'utilisation, le transfert, l'acquisition, la modification ou la possession illégale de cartes d'autorisation SNAP ou de dispositifs d'accès) ;
- La deuxième IPV SNAP fondée sur une condamnation du tribunal pour avoir utilisé ou reçu des prestations SNAP dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'une substance contrôlée (drogues illégales ou certains médicaments pour lesquels une ordonnance médicale est requise) ; ou
- une troisième IPV SNAP.

EXIGENCE DE DÉCLARATION ET DE VÉRIFICATION DES DÉPENSES DE LA FAMILLE – Votre famille doit déclarer les frais liés aux services aux enfants et les dépenses de services publics afin d'obtenir une déduction SNAP pour ces dépenses. Votre famille doit déclarer et vérifier les paiements de loyer/hypothèque, les impôts fonciers, l'assurance, les frais médicaux et la pension alimentaire versée à un non-membre de la famille afin d'obtenir une déduction SNAP pour ces dépenses. Tout manquement à l'obligation de déclarer/vérifier les dépenses susmentionnées sera considéré comme une déclaration de votre ménage indiquant que vous ne souhaitez pas bénéficier d'une déduction pour ces dépenses non déclarées/non vérifiées. Une déduction pour ces dépenses peut vous rendre éligible au SNAP ou augmenter vos prestations SNAP. Vous pouvez déclarer/vérifier ces dépenses à tout moment à l'avenir. La déduction sera alors appliquée au calcul des prestations SNAP des mois à venir, conformément aux règles de déclaration des changements (voir Déclaration des changements, ci-dessus).

REPRÉSENTANT AUTORISÉ DU PROGRAMME D'ASSISTANCE NUTRITIONNELLE SUPPLÉMENTAIRE – Vous pouvez autoriser une personne qui connaît la situation de votre ménage à demander des prestations du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP) en votre nom. Vous pouvez également autoriser une personne extérieure à votre ménage à obtenir des prestations SNAP pour vous ou à les utiliser pour acheter de la nourriture pour vous. Si vous souhaitez autoriser une personne, vous devez le faire par écrit. Vous pouvez autoriser une personne en saisissant son nom, son adresse et son numéro de téléphone ci-dessous et en lui demandant de signer dans la section réservée à cet effet à la fin du présent formulaire. Lorsqu'un représentant autorisé fait une demande au nom d'un ménage SNAP qui ne réside pas dans un établissement, le représentant autorisé et un adulte responsable du ménage doivent tous deux signer et dater la section des signatures à la fin de la présente demande, à moins que la famille SNAP n'ait autrement désigné le représentant autorisé pour le faire par écrit.

NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) :

ALLOCATION STANDARD POUR LES SERVICES PUBLICS – Je suis conscient(e) que les bénéficiaires de l'AP et du SNAP sont admissibles, en fonction de leur revenu, au programme HEAP. Je suis également conscient(e) que si je n'ai pas reçu d'allocation HEAP supérieure à 20 USD au cours du mois actuel ou des 12 mois précédents, ou une allocation d'assistance énergétique similaire, je dois payer le chauffage ou la climatisation séparément de mon loyer afin de recevoir l'allocation standard pour le chauffage/la climatisation (c'est-à-dire une déduction) pour le SNAP. Je suis conscient(e) que l'État utilisera mon numéro de sécurité sociale pour vérifier auprès de mes fournisseurs d'énergie domestique la réception de l'allocation HEAP. Cette autorisation comprend également la permission pour tout fournisseur d'énergie domestique (y compris ma compagnie d'électricité) de divulguer certaines informations statistiques, y compris, notamment, ma consommation annuelle d'électricité, le coût de l'électricité, la consommation de carburant, le type de carburant, le coût annuel du carburant et l'historique des paiements au Bureau d'aide temporaire et d'invalidité de l'État de New York, au district local de services sociaux et au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le but de mesurer les performances du Programme d'aide à l'énergie résidentielle pour les ménages à faibles revenus.

DIVULGATION DES INFORMATIONS MÉDICALES – Je consens à la divulgation de toute information médicale me concernant et concernant tous les membres de ma famille pour lesquels je peux donner mon consentement par mon prestataire de soins primaires, tout autre prestataire de soins de santé ou le DOH de l'État de New York à mon plan de santé et à tous les prestataires de soins de santé impliqués dans les soins pour moi ou ma famille, dans la mesure où cela est raisonnablement nécessaire à mon plan de santé ou à mes prestataires pour effectuer le traitement, le paiement ou les opérations de soins de santé ; par mon régime de santé et tout prestataire de soins de santé au DOH et à d'autres agences fédérales, étatiques et locales autorisées aux fins de l'administration de Medicaid ; et, par mon régime de santé à d'autres personnes ou organisations, dans la mesure où cela est raisonnablement nécessaire pour que mon régime de santé effectue le traitement, le paiement ou les opérations de soins de santé. J'autorise la divulgation de toute information relative à ma santé et à celle des membres de ma famille pour lesquels je peux légalement donner une autorisation concernant la fourniture d'aide et de services et ma capacité à participer à des activités professionnelles, y compris un emploi, à l'OTDA de l'État de New York, au Bureau des services à l'enfance et à la famille de l'État de New York ou au district local de services sociaux. Cette autorisation est donnée dans la mesure où la divulgation est raisonnablement nécessaire pour la fourniture de prestations de l'AP, pour les services, y compris les services de protection de l'enfance, pour déterminer les affectations d'activités professionnelles appropriées, pour déterminer la nécessité de faire une demande et pour faire une demande de revenus de sécurité supplémentaire, pour établir des plans de traitement appropriés pour rétablir l'employabilité et, pour déterminer l'admissibilité aux exemptions de la limite de soixante mois de l'État sur la réception de l'aide financière. Si je dois demander des prestations administrées par l'Administration de la sécurité sociale, les informations spécifiées ci-dessus peuvent être partagées avec l'Administration de la sécurité sociale. J'accepte également que les informations divulguées puissent inclure des informations sur le VIH, la santé mentale ou l'alcoolisme et la toxicomanie me concernant et concernant les membres de ma famille, dans la mesure autorisée par la loi, sauf si une case est cochée ci-dessous. Si plus d'un adulte de la famille adhère à un plan de santé Medicaid, la signature de chaque adulte qui fait la demande est nécessaire pour le consentement à la divulgation des informations. Je suis conscient(e) que ma capacité à consentir à la divulgation d'informations relatives à tout enfant mineur pour lequel je peux donner mon consentement est limitée par la mesure dans laquelle je peux obtenir des informations concernant le traitement, le diagnostic et les procédures en leur nom.

_____ Ne pas divulguer d'informations sur le VIH/SIDA

_____ Ne pas divulguer d'informations sur les drogues et l'alcool

_____ Ne pas divulguer d'informations sur la santé mentale

DIVULGATION D'INFORMATIONS AUX FOURNISSEURS DE SERVICES DE SANTÉ – J'autorise le district des services sociaux et l'État de New York à partager des informations avec les prestataires de services de santé, tels que désignés par le district des services sociaux ou l'État de New York, concernant les prestations d'AP que moi-même ou tout membre de mon ménage pour lequel je peux légalement donner mon autorisation avons reçu ou sommes en droit de recevoir, dans le but d'améliorer la qualité de mes soins de santé et mon bien-être général, et de faciliter la réception de prestations supplémentaires auxquelles moi-même ou les membres de mon ménage pouvons avoir droit.

DIVULGATION DES DOSSIERS SCOLAIRES – J'autorise le DOH de l'État de New York et le district des services sociaux à : 1) obtenir toute information concernant mes dossiers scolaires et/ou ceux de mon (mes) enfant(s) mineur(s), ici nommé(s), y compris les informations requises pour demander le remboursement de Medicaid pour les services éducatifs liés à la santé ; et 2) fournir à l'agence gouvernementale fédérale appropriée l'accès à ces informations à des fins d'audit uniquement.

DIVULGATION D'INFORMATIONS POUR LE PROGRAMME D'INTERVENTION PRÉCOCE – Si mon enfant est évalué ou participe au programme d'intervention précoce de l'État de New York, j'autorise le district des services sociaux et l'État de New York à partager les informations relatives à l'éligibilité de mon enfant à Medicaid avec le programme d'intervention précoce du comté ou de la municipalité dans le but de le facturer à Medicaid.

PROGRAMME DE SANTÉ POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS – Je suis conscient que si mon enfant bénéficie de Medicaid, il peut recevoir des soins primaires et préventifs complets, y compris tous les traitements nécessaires, par le biais du programme de santé pour enfants et adolescents. Je peux obtenir plus d'informations sur ce programme auprès du district des services sociaux.

MEDICARE – J'accepte que les paiements au titre de Medicare (Partie B du Titre XVIII, Programme d'assurance médicale complémentaire) soient effectués directement aux médecins et aux prestataires de soins de santé pour toute facture future impayée pour des services médicaux et autres services de santé qui m'ont été fournis pendant que je suis éligible à Medicaid.

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX

MEDICAID – Vous avez le droit, dans le cadre de votre demande de Medicaid ou dans les deux ans suivant la date de votre demande, de demander le remboursement des frais que vous avez payés pour des soins, services et prestations médicaux couverts reçus au cours de la période de trois mois précédant le mois de votre demande. Après la date de votre demande, le remboursement des soins, services et fournitures médicaux couverts ne sera possible que s'ils sont obtenus auprès de prestataires inscrits à Medicaid.

CESSION DES ALLOCATIONS D'ASSURANCE/AUTRES ALLOCATIONS ET PAIEMENT DIRECT – Pour l'AP et Medicaid, j'accepte de déposer toute demande de d'allocation d'assurance maladie ou d'assurance accident, et de poursuivre toute réclamation pour dommages corporels ou toute autre ressource à laquelle je pourrais avoir droit, et je cède par la présente ces ressources au district de services sociaux auquel cette demande est adressée. En outre, j'aiderai à mettre à la disposition du district de services sociaux auquel la présente demande est adressée toutes les prestations cédées.

J'accepte que les paiements qui me sont dus ou sont dus aux membres de mon ménage pour des prestations d'assurance maladie ou accident soient versés directement au district de services sociaux approprié pour les services médicaux et autres services de santé fournis tant que nous sommes éligibles à Medicaid.

RECouvreMENTS DE MEDICAID – Dès réception de Medicaid, un privilège peut être enregistré et un recouvrement peut être effectué sur vos biens immobiliers dans certaines circonstances si vous êtes dans un établissement médical et qu'il n'est pas prévu que vous retourniez chez vous. Le MA payé en votre nom peut être récupéré auprès des personnes qui avaient la responsabilité légale de votre soutien au moment où les services médicaux ont été fournis. Le MA peut également récupérer le coût des services et des primes payés à tort.

Je suis conscient qu'à partir du 1er avril 2014, si je bénéficie de Medicaid par l'intermédiaire de la commission de santé de l'État de New York :

- Aucun privilège ne sera placé sur mes biens immobiliers avant mon décès.
- Le recouvrement sur les actifs de ma succession à mon décès est limité au montant payé par Medicaid pour le coût des soins en maison de retraite, des services à domicile et en milieu communautaire, et des services hospitaliers et de prescription de médicaments connexes reçus à partir de mon 55e anniversaire.

RECouvreMENTS DE L'AP – L'AP que vous recevez pour vous-même et pour les personnes dont vous êtes légalement responsable de la subsistance est déductible des biens ou de l'argent que vous possédez ou pouvez acquérir. On peut vous demander, comme condition pour recevoir l'AP, de signer un acte ou une hypothèque sur un bien immobilier que vous possédez. Vos remboursements d'impôts et une partie de vos gains de loterie peuvent être prélevés pour rembourser votre dette d'AP.

AUTORISATION DE REMBOURSEMENT DES ALLOCATIONS D'AP À PARTIR DU REVENU DE SÉCURITÉ SUPPLÉMENTAIRE RÉTROACTIF – J'autorise le commissaire de l'Administration de la sécurité sociale (Social Security Administration, SSA) à utiliser mon premier versement de revenu de sécurité complémentaire (Supplemental Security Income, SSI), c'est-à-dire mon versement rétroactif de SSI, pour rembourser le district local de services sociaux (social services district, SSD) pour l'AP que le SSD me verse à partir de fonds de l'État ou locaux pendant que la SSA décide si j'ai droit à un SSI. La SSA ne remboursera pas au SSD le AP qui a été payé à l'aide de fonds fédéraux.

Je ne serai lié par cette autorisation que si l'État notifie à la SSA que moi-même et un représentant du SSD l'avons signée. L'État doit notifier cette autorisation dans les 30 jours civils suivant la mise en correspondance de mon dossier SSI avec mon dossier d'État. La SSA ne pourra pas l'accepter après 30 jours civils. En revanche, la SSA m'enverra mon paiement SSI rétroactif conformément aux règles de la SSA.

Seul mon premier versement de SSI peut être utilisé. Si mon premier versement est supérieur au montant dû à la SSD, la SSA m'enverra le reste selon ses règles.

La SSA peut rembourser la SSD dans deux cas :

- (1) Elle remboursera la SSD si je fais une demande de SSI et que la SSA me juge admissible.
- (2) Elle remboursera la SSD si mes prestations SSI sont rétablies après leur cessation ou leur suspension.

La SSA ne remboursera à la SSD que l'AP qu'elle m'a versée pendant la période où elle détermine mon admissibilité. Il s'agit d'une « aide provisoire ». Cette période commence 1) dès le premier mois où je deviens admissible au versement de la prestation SSI ; ou 2) le premier jour où je suis rétabli après la suspension ou la cessation de ma prestation SSI. La période inclut le mois où les paiements SSI commencent effectivement. Si la SSA ne peut pas interrompre mon dernier versement d'AP, la période se termine le mois suivant.

Au plus tard 10 jours après que la SSA ait remboursé la SSD, cette dernière doit m'envoyer une notification m'indiquant le montant de l'aide provisoire versée. La notification m'indiquera également que la SSA m'enverra une lettre m'expliquant comment toute somme restante qui m'est due au titre du SSI sera envoyée par la SSA et que, si je ne suis pas d'accord avec une décision de l'État, je peux faire appel de cette décision auprès de l'État.

Selon ses règles, la SSA peut utiliser la date à laquelle je signe cette autorisation comme date à laquelle je deviens admissible au SSI pour la première fois. Elle ne le fera que si je fais une demande de SSI dans les 60 jours suivants.

Cette autorisation s'applique à toute demande de SSI ou à tout recours que j'ai actuellement en instance devant la SSA. Cette autorisation prend fin si mon dossier SSI est complètement tranché. Elle prend fin lorsque la SSA me paie pour la première fois. L'État et moi-même pouvons également convenir de mettre fin à cette autorisation. Je dois signer une nouvelle autorisation conforme aux règles de l'État de New York si je fais une nouvelle demande de SSI après la fin de cette autorisation ou si je dépose une nouvelle demande de SSI alors qu'une demande de SSI ou un recours est en cours.

J'aurai la possibilité de bénéficier d'une audience équitable si je ne suis pas d'accord avec une décision prise par la SSD concernant le remboursement.

J'ai reçu un exemplaire de la brochure intitulée « Ce que vous devez savoir sur les programmes de services sociaux » (What You Should Know About Social Services Programs). Je suis conscient des dispositions qu'elle prévoit concernant l'aide provisoire.

ASSISTANCE – Le fait de demander ou de recevoir une assistance familiale (FA), une assistance filet de sécurité (SNA) ou un placement en famille d'accueil au titre IV-E équivaut à une cession à l'État et au district des services sociaux de tous les droits à l'assistance de toute autre personne que le demandeur ou le bénéficiaire peut avoir en son nom propre ou au nom de tout autre membre du ménage pour lequel le demandeur ou le bénéficiaire demande ou reçoit une assistance (loi sur les services sociaux, articles 158 et 348). Cette cession est limitée dans certaines situations. D'autres sections de cette demande contiennent des cessions supplémentaires.

CESSION DES DROITS D'ASSISTANCE – Je cède à l'État et au district des services sociaux tous les droits que j'ai à une assistance de la part des personnes qui ont la responsabilité légale de mon assistance et tous les droits que j'ai à une assistance au nom de tout membre du ménage pour lequel je demande ou reçois une assistance. Lorsque je demande ou bénéficie de l'assistance familiale ou de l'assistance filet de sécurité, ma cession des droits à l'assistance est limitée à l'assistance que je reçois pendant la période où moi-même et/ou tout membre de mon ménage recevons de l'assistance. Toutefois, les droits à l'assistance que j'ai cédés à l'État en mon nom ou au nom d'un membre de ma famille avant le 1er octobre 2009 continuent d'être cédés à l'État.

PROGRAMME D'AIDE À L'ÉNERGIE RÉSIDENIELLE – Je suis conscient(e) qu'en signant cette demande/certification, je consens à toute enquête visant à vérifier ou à confirmer les informations que j'ai fournies et à toute autre enquête menée par une agence gouvernementale autorisée en rapport avec les avantages du HEAP. Je consens également à ce que les renseignements fournis dans la présente demande soient utilisés dans le cadre de l'aiguillage vers les programmes d'aide à l'intempérisation disponibles et les programmes pour personnes à faible revenu de ma compagnie de services publics.

Je suis conscient(e) que l'État utilisera mon numéro de sécurité sociale pour vérifier auprès de mes fournisseurs d'énergie domestique la réception de l'allocation HEAP. Cette autorisation comprend également la permission pour tout fournisseur d'énergie domestique (y compris ma compagnie d'électricité) de divulguer certaines informations statistiques, y compris, notamment, ma consommation annuelle d'électricité, le coût de l'électricité, la consommation de carburant, le type de carburant, le coût annuel du carburant et l'historique des paiements au Bureau d'aide temporaire et d'invalidité de l'État de New York, au district local de services sociaux et au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le but de mesurer les performances du Programme d'aide à l'énergie résidentielle pour les ménages à faibles revenus.

INFORMATIONS SUR L'AGRESSION SEXUELLE – Si vous êtes victime d'une agression sexuelle, vous avez le droit de demander au district des services sociaux des informations sur l'orientation des victimes. Si vous demandez ces informations, le district des services sociaux doit vous fournir les adresses et les numéros de téléphone des établissements suivants 1) des hôpitaux locaux offrant des services d'examen médico-légal des agressions sexuelles certifiés par le DOH de l'État de New York, 2) des centres locaux d'aide aux victimes de viol, et 3) des services locaux de défense, de conseil et d'assistance téléphonique appropriés aux victimes d'agressions sexuelles. En outre, le district de services sociaux doit vous fournir les numéros de la ligne d'assistance téléphonique de l'État de New York pour les agressions sexuelles et les violences dans la famille : (800) 942-6906 et (800) 818-0656 (TTY).

CERTIFICATION POUR L'ASSISTANCE POUR LES SERVICES AUX ENFANTS – Si je demande une assistance de services aux enfants, je certifie que mes ressources familiales ne dépassent pas 1 000 000 d'USD.

| | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| J'ai lu et compris les avis ci-dessus. Je comprends et accepte les cessions, autorisations et consentements ci-dessus. Je jure et/ou affirme sous peine de parjure que les informations que j'ai données ou que je donnerai au district des services sociaux sont complètes et correctes. | | | |
| SIGNATURE DU DEMANDEUR | DATE DE SIGNATURE | SIGNATURE DU CONJOINT OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL | DATE DE SIGNATURE |
| x | | x | |
| SIGNATURE DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ | DATE DE SIGNATURE | | |
| x | | | |

NE REMPLISSEZ LE FORMULAIRE SUIVANT QUE SI VOUS SOUHAITEZ RETIRER VOTRE DEMANDE À UN OU PLUSIEURS PROGRAMMES.

Je consens à retirer ma demande pour :

- Assistance publique (AP)
 Services aux enfants au lieu de l'AP
 Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP)
 Medicaid et SNAP
 Medicaid et AP
 Services , y compris le placement en famille d'accueil (FA)
 Services aux enfants (SE)
 Assistance d'urgence uniquement (AUU)

Je suis conscient que je peux faire une nouvelle demande à tout moment.

SIGNATURE DU CANDIDAT/REPRÉSENTANT AUTORISÉ

DATE DE SIGNATURE

x



NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- NO** because I choose not to register **OR**
- I am already registered at my current address **OR**
- I asked for and received a mail registration form

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

Signature _____ Date _____ / _____ / _____

Please Print Name _____

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency. If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683

으로 전화하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ই-ইলেক্ট্রনিক পথে চালাতে চান তবে 1-800-367-8683 নম্বরে (ফোন করুন)

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** Yes, I would like to be an Election Day worker

| | | | |
|-----------|--|---|--|
| 1 | Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form | 2 | A) Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote. |
| 3 | Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____ | | |
| 4 | Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____ | | For Board Use Only |
| 5 | Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____ | | |
| 6 | Date of Birth | Gender (optional) | Telephone (optional) |
| | 7 | 8 | Email (optional) |
| 10 | The last year you voted _____ Your address was (give house number, street and city) _____ In county/state _____ Under the name (if different from your name now) 9 _____ | | |
| 11 | Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party | | |
| 12 | Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none"> • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I will meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. | | |
| | ID Number (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number | Signature or Mark in ink _____ Date _____ / _____ / _____ | |

(Optional) Register to donate your organs and tissues



| | |
|------------------|--|
| Last Name _____ | |
| First Name _____ | Middle Initial _____ Suffix _____ |
| Address _____ | |
| Apt Number _____ | City/Town/Village _____ Zip Code _____ |
| Birth Date _____ | Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Eye Color _____ | Height _____ Ft. _____ In. |
| Email _____ | DMV or ID NYC Number _____ |

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health hospitals upon your death.

Signature _____

Date _____ / _____ / _____

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- not found to be incompetent by a court.

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;
or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None." If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same."

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.